Über das „Frühaufstehen“ der Wöchnerinnen

in der königlichen Universitäts-Frauenklinik zu Göttingen.

(Direktor: Professor Dr. Jung.)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Georg-August-Universität

zu Göttingen

vorgelegt von

Fritz Schlesinger,
Medizinalpraktikant.

GÖTTINGEN.
Druck von Louis Hofer.
1912.

Der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen
vorgelegt am 11. Juni 1912.

Referent: Prof. Dr. Jung.

Die Drucklegung ist seitens der Fakultät genehmigt.

Meinen geliebten Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548107_0132

In seiner „anthropologischen Sammelforschung über das Weib“ berichtet Ploß von nomadisch lebenden Völkerstämmen, z. B. von einigen Indianern die interessante Erscheinung, daß ihre Frauen, wenn sie ihre Stunde heran nahen fühlten, absitzen, ihr Kind zur Welt bringen und sofort danach dem inzwischen unbekümmert um das Familienereignis weitergezogenem Stamme nachsetzen. Die alltägliche Erfahrung lehrt uns, daß Frauen der arbeitenden Stände bald nach der Entbindung ihre häufig harte Arbeit wieder aufnehmen.

Gleichwohl spricht schon die Bezeichnung „Wochenbett“, deren sich unsere Sprache bedient, dafür, daß schon seit Alters her die Zeit nach der Geburt eine Woche und zwar im Bett zugebracht zu werden pflegte. Zweifellos ist auch an diesem Brauche, in zivilisierten Ländern wenigstens, mit wenigen Ausnahmen festgehalten worden.

In Winkels „Handbuch der Geburtshülfe“ wird zwar als Kuriosum der Geschichte der Medizin die Arbeit eines Engländers White aus dem Jahre 1775 erwähnt, welcher bereits damals Wöchnerinnen kurz nach der Geburt ohne Schaden aufstehen ließ.

Daß jedoch ein solches Verfahren bisher unerhört war, bewiesen die energischen Widersprüche, welche Küstner mit seinen ersten Veröffentlichungen auf dem VIII. Gynäkologen-Kongreß seitens nahmhafter Fachgenossen fand.

Im Jahre 1899 empfahl Küstner auf der VIII. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie das Frühaufstehen der Wöchnerinnen. Er stützte

seine Empfehlungen auf ein großes Material — 1000 Fälle — bei denen sich das Frühaufstehen post partum als gefahrlos erwiesen hatte. Später trat auch Krönig mit demselben Vorschlage hervor und berichtete im Jahre 1907 auf dem Dresdener Gynäkologen-Kongress über seine günstigen Beobachtungen und Erfahrungen hinsichtlich des Frühaufstehens der Wöchnerinnen.

Ein Jahr später referierten dann Werth und Krönig über denselben Gegenstand. Werth legte dabei eine ziemliche Zurückhaltung an den Tag, besonders gegenüber der Wochenbettpflege in der Praxis, während Krönig energisch dafür eintrat. Bei der Debatte standen sich die Anhänger und Gegner des Frühaufstehens in gleicher Stärke gegenüber.

Die klinisch-therapeutische Wochenschrift stellte dann eine Rundfrage an, worauf 26 Antworten eingingen, von denen sich 7 für das Frühaufstehen, 14 sich dagegen erklärten und 5 sich reserviert verhielten, 6 der Gegner gestatten aktive Bettruhe.

Was die Anhänger des Frühaufstehens als besondere Vorteile hervorhoben, waren die bessere Involution der Genitalien, die leichtere Harn- und Stuhlentleerung. Die Gewichtsabnahme sollte eine geringere, das Allgemeinbefinden ein besseres sein. Nach den Ausführungen Krönigs war die Morbidität im Wochenbett eine äußerst geringe, die Involution der Genitalien erfolgte sehr rasch und Todesfälle kamen nicht vor. Doch der größte Vorteil des Frühaufstehens sollte in der Vermeidung der Thrombosen bestehen.

Krönig ging dabei von dem physiologischen Grundsatz aus, daß bei allen Organen ein gewisses Maß zwischen Übung und Schonung gehalten werden muß. Er empfahl daher aufs wärmste gymnastische Übungen zur Erstärkung des Beckenbodens, sowie das Aufstehen, womöglich schon 8 Stunden post partum. Eine eigentliche Kontraindikation gegen das Früh-

aufstehen gibt es bei Krönig nicht und nur den ganz normalen Wöchnerinnen wird die Zeit des Aufstehens freigestellt. Küstner dagegen plädierte für das frühe Verlassen des Bettes nur bei den Wöchnerinnen, die eine ganz normale Entbindung durchgemacht haben, bei denen also kein künstlicher Eingriff stattgefunden hat, noch irgend eine Komplikation eingetreten war.

Von den meisten Kliniken wurden nach den Empfehlungen von Küstner und Krönig Versuche über das Frühaufstehen der Wöchnerinnnen angestellt.

So standen Opitz, Sellheim und Henkel der neuen Methode günstig gegenüber; doch lehnten sämtliche Autoren es ab, das Frühaufstehen zu erzwingen. Henkel rät die Frauen länger im Bett zu halten, die inficiert sein könnten, Opitz dagegen alle diejenigen, bei denen irgend ein Eingriff vorgenommen wurde.

Auch Martin berichtete über die günstigen Erfahrungen in der Berliner Klinik. So war die Morbidität etwas geringer. Dieselbe betrug 13 % gegen 18,5 % unter 1000 spät Aufgestandenen. Martin sah ferner eine raschere Erholung und ein frischeres Aussehen bei den früh Aufgestandenen. Der Uterus war bereits am 7. Tage stets anteflektiert, etwa kleinfaustgroß. Außerdem sah Martin eine leichtere und gleichmäßigere Darm- und Blasentätigkeit infolge Beteiligung der Bauchpresse. Thrombosen, Retroflexionen und Prolapse beobachtete er nicht. Als Contraindikation für das Frühaufstehen führte Martin an: Infektion während der Geburt und Temperatursteigerungen, Nebenverletzungen, operative Eingriffe, ferner Herz-, Lungen-, Nieren-, und Gefäßstörungen.

Auch aus anderen Kliniken wurden günstige Erfolge berichtet. So hatte v. Alvensleben in der Kieler Frauenklinik eine Morbidität von 10 % gegen 17 % aufzuweisen. Auch sah er angeblich eine Besse-

rung des Allgemeinbefindens und beschleunigte Involution. Allerdings rät er zum „Individualisieren".

Ermutigt durch diese gewiß nicht zu unterschätzenden Vorteile des Frühaufstehens gegenüber der bisherigen Methode, wurden auch in der Göttinger Universitäts-Frauenklinik diese Beobachtungen und Empfehlungen nachgeprüft. Angeregt durch Herrn Prof. Jung möchte ich über die Erfahrungen und Beobachtungen, die die Göttinger Frauenklinik mit dem Frühaufstehen der Wöchnerinnen gemacht hat, berichten.

Ich will mich nun in Folgendem über die Frage äußern:

Hat das Frühaufstehen gegenüber der bisherigen Methode, die Wöchnerinnen 8 bis 10 Tage im Bett zu lassen, irgend welche besonderen Vorteile, hat es Nachteile oder stehen sich beide Methoden gleich gegenüber?

Wie verhält sich ferner das Frühaustehen hinsichtlich der Thrombosen-, Retroflexions- und Prolaps-Gefahr und gegenüber der Involution der Genitalien?

Mein Material erstreckt sich auf 303 Fälle und zwar gingen wir in der Weise vor, daß wir eine gesunde kräftige Wöchnerin, die ohne Verletzung und ohne Komplikation geboren hat, am 2., 3., 4. oder 5. Tage nach eigenem Ermessen aufstehen ließen.

Um jedoch die obigen Fragen beantworten zu können, zogen wir zum Teil die Fälle, die vor dem Einführen des Frühaufstehens niedergekommen waren, zum Vergleich heran, zum Teil die Fälle, die trotz der Einführung des Frühaufstehens nach der alten Methode behandelt wurden, da ja das frühe Verlassen des Bettes den Wöchnerinnen vollkommen freigestellt wurde.

Von den 303 frühaufgestandenen Wöchnerinnen standen 44 am 2. Tage, 116 am 3. Tage, 102 am 4. Tage und 41 am 5. Tage auf. Die folgende Tabelle veranschaulicht dieses.

Tag:	Aufstehen:
II.	44
III.	116
IV.	102
V.	41
	303 Wöchnerinnen.

Ein Punkt, der von den Anhängern der neuen Methode besonders hervorgehoben wurde, ist die geringere Morbidität unter den frühaufgestandenen Wöchnerinnen gegenüber den länger liegen gebliebenen.

So berichtet Wilhelm Brutzer, daß bei seinen Frühaufgestandenen an plötzlichen Temperaturanstiegen nur 3,84 % vorkamen, gegen 4,8 %, von vorbereiteten Temperaturanstiegen 1,84 % gegen 6,93 %.

Krönig sah einen einmaligen Anstieg der Temperatur nur in 7 % der Fälle gegen 14 % bei spät Aufgestandenen.

Das auch Martin die geringere Morbidität als einen Vorteil des Frühaufstehens gegenüber dem länger Liegenbleiben bezeichnet, habe ich bereits oben angegeben.

Mayer, Hüffell und Prieska prüften die neue Methode ebenfalls nach und berichten über die günstige Beeinflußung der Morbidität beim frühen Verlassen des Bettes seitens der Wöchnerinnen.

Daß es jedoch nicht angängig ist, ohne weiteres dem Frühaufstehen eine günstige Beeinflußung der Morbidität zuzuschreiben, beweist die Statistik von Fromme. Fromme sah unter 172 am 2. Tage aufgestandenen Wöchnerinnen eine völlig „unkorrigierte“ Morbidität von 16,8 %, darunter einen Todesfall an Embolie, dagegen unter 172 bis zum 8. Tage zu Bett liegenden Wöchnerinnen nur eine „unkorrigierte“ Morbidität von 11 %.

Fromme weist allerdings mit Recht darauf hin, daß man noch lange nicht berechtigt sei, auf Grund dieser Zahlen dem Frühaufstehen eine ungünstige Be-

einflußung der Morbitität zuzuschreiben, doch zieht er den richtigen Schluß, daß das Frühaufstehen durchaus nicht notwendig die Morbidität herabsetzen muß.

Wir können uns Fromme vollkommen in dieser Hinsicht anschließen, denn auch wir sahen nichts von einer günstigen Beeinflußung der Morbidität durch das Frühaufstehen, sondern vielmehr das Gegenteil.

Unter unseren 303 frühaufgestandenen Wöchnerinnen hatten Temperatursteigerungen 47, mithin 15,5 % gegen 37, also 12,2 % unter 303 spät Aufgestandenen.

Nach unseren Erfahrungen — und die angeführten Zahlen lassen dies ja deutlich erkennen — ist man durchaus nicht in der Lage, die Morbidität durch das Frühaufstehen nach der günstigen Seite hin zu beeinflußen.

Gewiß sprechen ja die Statistiken anderer Kliniken, wie ich solche zum Teil erwähnt habe, zu Gunsten des Frühaufstehens, aber mit Recht betont Holzapfel, daß es ein Fehler in der Berechnung sei, daß die in den ersten Tagen des Wochenbetts fieberhaft erkrankten Wöchnerinnen nicht aufstehen, daß aber gerade dadurch die Statistik der Liegengebliebenen belastet und somit die Frühaufgestandenen günstiger gestellt würden.

Wenn man auch nach Holzapfel mit einer ziemlichen Wahrscheinlichkeit annehmen darf, daß das Frühaufstehen keine Erhöhung der Morbidität im Gefolge zu haben braucht, so ist diese Tatsache nicht ausreichend für uns, um die alte Methode aufzugeben, zumal die Erfahrungen in der Göttinger Klinik hinsichtlich der Morbidität für das Spätaufstehen sprechen.

Ich sehe dabei ganz davon ab, daß in der Praxis, namentlich in der arbeitenden Klasse, die Morbidität durch das frühe Verlassen des Bettes sicherlich ungünstig beinflusst würde, denn es ist gewiß nicht zu leugnen, daß hier Aufstehen und Arbeit mit einander

identifiziert werden. Wo aber der Wöchnerin Schonung und Ruhe fehlen, da dürfte von Erfolgen nicht viel zu erwarten sein.

Wie verhält sich nun das Allgemeinbefinden der Frühaufgestandenen gegenüber dem der länger Liegengebliebenen?

Daß die Beurteilung des subjektiven Befindens natürlich nicht ganz einwandsfrei sein und daß man sich in dieser Hinsicht sehr leicht Täuschungen hingeben kann, darüber schreibt Holzapfel sehr treffend:

„Das subjektive Befinden der Frauen bei der Anwendung neuer Verfahren zu beurteilen, ist nicht ganz leicht. Das Neue reizt und beeinflußt die Stimmung, auch der Arzt, dem vertraut wird, übt einen Einfluß aus, wenn die Behandelte weiß, daß der Arzt auf das Verfahren Wert legt, und das wird sie meistens merken. Bei der Gegenüberstellung der früh Aufgestandenen und spät Aufgestandenen ist zu berücksichtigen, daß die früh Aufgestandenen die Gesunden und Kräftigen sind, unter den Liegengebliebenen sind die Schwachen und Kranken, es wäre also natürlich, wenn die Gesamtheit der Frühaufgestandenen einen frischeren Eindruck machten, als die Gesamtheit der Anderen.

Werden diese Umstände genügend berücksichtigt, so ist es mir zweifelhaft, ob durch Frühaufstehen das subjektive Befinden der Wöchnerinnnen irgend erheblich verbessert werden kann."

Dabei hebt Holzapfel noch besonders hervor, daß es von vornherein selbstverständlich ist, daß eine Wöchnerin, die bereits kurz nach der Geburt aufgestanden ist, natürlich am 10. Tage besser zu stehen und gehen vermag als eine, die an diesem Tage erst das Bett verlassen hat.

Bevor ich aber näher über das Allgemeinbefinden der in der Göttinger Frauenklinik frühaufgestandenen Wöchnerinnen mich auslasse, will ich erst die Beobachtungen mitteilen, die einige Autoren hinsichtlich des Allgemeinbefindens bei ihren früh aufgestandenen Wöchnerinnen gemacht haben.

So hebt Wilhelm Brutzer besonders das schnelle Schwinden des Schwächegefühls und den geringeren Gewichtsverlust bei den Frühaufgestandenen gegenüber den länger Liegengebliebenen hervor.

Auch Martin will bei den Wöchnerinnen, die das Bett bald nach der Geburt verließen, eine raschere Erholung und ein bedeutend frischeres Aussehen bemerkt haben.

Ferner berichtet Krönig von einem bedeutend besseren Allgemeinbefinden der Frühaufgestandenen. Nach ihm war auch die Stillfähigkeit bei den Frühaufgestandenen bei weitem besser als bei den spät Aufgestandenen. So konnten nach seiner Statistik 68,6% unter den Frühaufgestandenen dem Stillgeschäft obliegen gegenüber 57,8% der Liegengebliebenen.

Mayer hebt ebenso wie Krönig die durch das Frühaufstehen bedingte bessere Stillfähigkeit hervor. Nach ihm war in 92% der Fälle Stillfähigkeit vorhanden, dementsprechend sah er aber bedeutend mehr Mastitiden, wodurch natürlich das subjektive Befinden der Wöchnerinnen gerade nicht günstig beeinflußt wurde.

Hüffell, der die Wöchnerinnen innerhalb der ersten 4 Tage aufstehen läßt, dagegen an den ersten 3 Tagen das Umhergehen verbietet, berichtet von dem guten Allgemeinbefinden seiner Frühaufgestandenen.

Nach seinen Angaben wurden dieselben alle in kräftigem Zustande aus der Klinik entlassen.

Ferner berichtet Prieska aus der Prager Klinik, daß das Allgemeinbefinden der früh aufgestandenen Wöchnerinnen stets gut gewesen sei. Außerdem wurde

daselbst ein leichterer Abfluß des Lochialsekrets beobachtet, eine Erscheinung, die ebenfalls dem Frühaufstehen zugeschrieben wurde.

Daß aber das Allgemeinbefinden durch das Frühaufstehen nicht unbedingt gehoben werden muß, dafür sprechen die Zahlen von Alvensleben. von Alvensleben sah unter 100 Fällen 6, die kurz nach dem ersten Verlassen des Bettes dasselbe wegen Störungen im Allgemeinbefinden wieder aufsuchen mußten.

Wie dem aber auch sei, so heißt es auch hier: „Individualisieren“, denn schließlich hängt das Allgemeinbefinden der Wöchnerinnen ja noch von vielerlei Zufälligkeiten ab. So darf man doch vor allen Dingen nicht vergessen, ob man eine im Wohlstande lebende Wöchnerin vor sich hat oder eine, die der arbeitenden Klasse angehört. Bei der wohlhabenden Frau, die allen Komfort um sich hat, die sich pflegen und schonen kann, wird in der Regel natürlich das Allgemeinbefinden ein besseres sein, mag sie früh aufgestanden sein oder nicht, als bei der armen Arbeiterin.

Sehr richtig sagte deshalb Osterloh auf der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden in der Diskussion über das sogenannte Frühaufstehen der Wöchnerinnen Folgendes:

> „Ich habe mich bei längerem Aufenthalt in Freiburg davon überzeugt, daß ohne Nachteil die Wöchnerinnen frühzeitig aufstehen können. Ich habe aber auf meiner geburtshilflichen Abteilung nur mit Frauen und Mädchen zu tun, die bis zu ihrer schweren Stunde arbeiten müssen und für die gerade die 7 Tage Bettruhe nach der Entbindung eine nicht zu unterschätzende Wohltat bedeuten, vielleicht die einzige Zeit, in der die betreffenden überhaupt ruhen und sich pflegen können. Nachteile habe ich in dieser nicht über-

triebenen Bettruhe, bei der übrigens die Betreffenden durchaus nicht unbeweglich auf dem Rücken liegen, nicht erlebt."

Allerdings muß ja zugegeben werden, daß man a priori von dem Frühaufstehen insofern eine günstige Beeinflußung des Allgemeinbefindens erwarten müßte, als ja der ganze Stoffwechsel ein regerer, die Blutzirkulation eine bessere ist als beim Liegenbleiben. Dass sich jedoch nicht immer Theorie und Praxis decken, dafür sprechen auch die Beobachtungen, die wir bei unseren Fällen in Bezug auf das Allgemeinbefinden der frühaufgestandenen Wöchnerinnen gemacht haben.

Von unseren 303 Wöchnerinnen vertrugen das Frühaufstehen ohne irgend welche Nachteile 232, mithin 76,3 % der Fälle. Bei diesen Fällen war das Allgemeinbefinden ein sehr gutes, es wurden keinerlei Temperatursteigerungen oder sonstige Störungen im Befinden beobachtet, Puls- und Atemtätigkeit waren regelmäßig. Auch die psychische Stimmung war bei diesen Wöchnerinnen stets eine gute. Es ist natürlich ein nicht zu unterschätzendes Moment und erleichtert auch dem Arzt seine ganze Behandlung, wenn die psychische Stimmung seiner Schutzbefohlenen eine gute ist. Und daß darin das Frühaufstehen eine gewisse Rolle spielt, ist ohne weiteres zuzugeben.

Denn ein jeder weiß ja, welch nachteiligen Einfluß eine längere Bettruhe auf die Psyche des Menschen ausübt, denn mit dem Begriff „Bettruhe" ist ja nun einmal der Begriff „Kranksein" eng verbunden.

Selbstverständlich wurden diese 232 Wöchnerinnen auch in durchaus befriedigendem Allgemeinbefinden aus der Anstalt entlaßen. Natürlich kann es nicht Wunder nehmen, wie Holzapfel richtig bemerkt und wie ich bereits oben betonte, daß eine Wöchnerin, die kurz nach der Geburt das Bett verlassen hat, bei ihrer

Entlassung besser zu gehen und stehen vermag, als eine solche, die am Tage ihrer Entlassung erst aufgestanden ist.

Daß jedoch das Frühaufstehen nicht in allen Fällen diesen günstigen Einfluß auf das Allgemeinbefinden der Wöchnerinnen ausübt, dafür sprechen doch die Störungen, die sich bei 70 von den Frühaufgestandenen, also in 23,7 % der Fälle, gezeigt haben. So mußten doch von den 70 Wöchnerinnen, die das Frühaufstehen nicht vertrugen, 55 wieder das Bett aufsuchen. Meistens handelte es sich dabei um Temperatursteigerungen hervorgerufen durch Mastitis, Angina, einigemale waren Temperatursteigerungen vorhanden, ohne daß ein Grund dafür gefunden werden konnte. Sehr oft war auch riechender Ausfluß schuld an dem schlechten Allgemeinbefinden. Die übrigen 15, die zwar nicht das Bett wieder aufsuchten, klagten zeitweise über Kopfschmerzen und allgemeine Mattigkeit.

Blutungen kamen zweimal im Verlauf des Frühaufstehens vor. In dem einen Falle hatte die Wöchnerin, die bereits einige Tage außer Bett war, beim Aufstehen des Morgens eine starke Blutung, wobei sie fast ohnmächtig wurde. Bei Bettruhe und Behandlung mit Kornutin wurde dann die Blutung zum Stehen gebracht. In einem Falle mußte eine Wöchnerin wieder Bettruhe einnehmen wegen Anschwellung der kleinen Labie.

In seinem Aufsatz „Zum Frühaufstehen der Wöchnerinnen“ sagt Hüffell in Bezug auf das Allgemeinbefinden:

> „Ferner wurde von den Gegnern des Frühaufstehens behauptet, daß die Wöchnerinnen noch zu schwach seien, infolgedessen Ohnmachten häufig auftreten, und daß es unmenschlich sei, der armen Wöchnerin, die Ruhe des Wochenbettes zu rauben. Das Sprichwort: „Das Liegen

zehrt“ hat gewiß seine Berechtigung und wenn es wirklich so inhuman wäre, warum verlangen denn die Frauen selbst aufzustehen? Auch hat es sich noch bei keinem Beobachter bestätigt, daß Ohnmachten häufiger auftreten.“

Gewiß gibt es eine Menge Wöchnerinnen, die nach dem Aufstehen verlangen, aber gibt es nicht mindesteus eben so viele, die sich nach Ruhe sehnen, denen wirklich das Liegen und die damit verbundene Ruhe eine Erholung ist? Es klingt ja auch gar nicht so verwunderlich, wenn eine Wöchnerin verlangt, aufzustehen, denn Wöchnerin sein heißt ja noch lange nicht „kranksein“.

So sagt auch Bumm sehr richtig bei Besprechung des Wochenbetts in seinem Lehrbuch der Geburtshilfe:

„Die Ermüdung und Empfindlichkeit verschwinden schon in den ersten Tagen wieder und wenn nur Störungen der Involution ausbleiben, so lassen sich — eine gewiße Schwäche und Blutleere vielleicht ausgenomen — weder objektiv krankhafte Erscheinungen an der Wöchnerin wahrnehmen, noch hat sie selbst das Gefühl des Krankseins.“

Trotzdem aber braucht der Körper Ruhe, denn wie nach jeder angestrengten Arbeit sich der Körper erst wieder ruhen muß, um im richtigen Stoffwechselgleichgewicht zu bleiben, so bedarf doch auch die Wöchnerin unbedingt der Ruhe, da sie eine sehr große Arbeit geleistet hat, nämlich die der Geburt.

Ebenso wie Hüffell betont auch Martin, daß von seinen früh aufgestandenen Wöchnerinnen keine ohnmächtig geworden ist, „wie es häufig genug beobachtet werden muß, wenn sie erst nach einer Reihe von Tagen aufstehen“. Wir sahen unter unseren Fällen eine Wöchnerin beim Aufstehen ohnmächtig werden, sodaß von einem weiteren Aufstehen Abstand genommen

werden mußte. Schließlich hängt ja das Auftreten von Ohnmachten auch von vielen anderen Momenten ab. So wird natürlich eine sehr kräftige Wöchnerin der Gefahr einer Ohnmacht weniger ausgesetzt sein, als eine Wöchnerin, die z. B. unter der Geburt viel Blut verloren hat.

Sehr schwer wurde ferner das Allgemeinbefinden getrübt in einem Falle durch das Auftreten einer Thrombose. Auf diesen Punkt werde ich dann weiter unten noch ausführlicher einzugehen haben.

Todesfälle kamen unter den frühaufgestandenen Wöchnerinnen ebensowenig vor, wie unter den von mir zum Vergleich herangezogenen Spätaufgestandenen.

Wie verhielt sich nun das Allgemeinbefinden bei diesen Letzteren? Sind sie hierin im Nachteil gegenüber den Frühaufgestandenen?

Ganz gewiß nicht! Wenn Zahlen ausschlaggebend, so ist auf Grund derselben eigentlich das Allgemeinbefinden bei unseren spät aufgestandenen Wöchnerinnen ein besseres gewesen, als bei den Anderen. Denn das Befinden war hier nur in 14,5 %, also bei 43 Wöchnerinnen, gestört, und zwar waren es dieselben Ursachen, die die Schädigung abgaben, welche auch bei den Frühaufstehen in Betracht kamen, wie Temperatursteigerungen, Angina und Mastitis.

Einmal war es auch hier eine Blutung und ferner eine Thrombose, die die Störungen im Befinden hervorriefen. Von Ohnmachten oder dergleichen sahen wir bei den spät aufgestandenen Wöchnerinnen nichts. Ein gutes Allgemeinbefinden wiesen 260 Wöchnerinnen auf, also 85,5 %, mithin 9 % mehr, als beim Frühaufstehen. Jedenfalls zeigen doch diese Zahlen, daß das Frühaufstehen das Allgemeinbefinden der Wöchnerinnen nicht unbedingt heben muß.

So sah ja auch Müllerheim, der zwar unter 100 Fällen 90 mal einen glatten Verlauf beobachtete,

einige Male die Wöchnerinnen gezwungen, wieder Bettruhe einzunehmen wegen Mattigkeit, wegen lang anhaltender blutiger Lochien, Schmerzen in den Variken des Oberschenkels, wegen Irregularität des Pulses und Schwindelgefühl, letzteres bei einer Wöchnerin mit Myokarditis. 10 Fälle der Frühaufsteher zeigten Fieber, einmal bis 39,4°, 7 mal gab sie fötide Lochien, davon 2 mal mit Cystitis und Bakteriurie begleitet; 2 mal mastitische Reizungen, 1 mal Angina, 2 mal Ohnmachten, Letzteres bei einer sehr schwächlichen Person, die 1500 ccm Blut unter der Nachgeburtsperiode verloren hatte und bei einen Mädchen, das während der Schwangerschaft fast täglich ohnmächtig geworden war.

Natürlich ist, was unsere Fälle anlangt, bei der geringen Differenz der Zahlen durchaus nicht der Schluß berechtigt, daß nun das Allgemeinbefinden durch das Frühaufstehen verschlechtert werden müßte, denn dagegen sprechen die Zahlen aus anderen Kliniken, aber jedenfalls ist auch der Schluß nicht berechtigt, daß das Frühaufstehen in den erwähnten Punkten das Allgemeinbefinden günstiger beinflußt als die bisherige Wochenbettspflege.

Etwas besser gestellt war das Stillgeschäft bei dem Frühaufstehen. Hier war ein kleiner Vorteil vor dem Spätaufstehen zu verzeichnen. Von den 303 früh aufgestandenen Wöchnerinnen konnten 249, also 82 %, dem Stillgeschäft obliegen, während unter den spätaufgestandenen nur 223, also 73,3 %, ihre Kinder selbst stillen konnten. Also 9 % mehr konnten unter den Frühaufstehern das Stillgeschäft besorgen. Dabei möchte ich aber nicht unerwähnt lassen, daß unter den spät Aufgestandenen mehr Wöchnerinnen sich fanden, deren Kinder tot zur Welt kamen, als bei den früh Aufgestandenen, sodaß die an und für sich kräftigen Mütter gar nicht in die Lage kamen, zu stillen. Dieselben sind bei der Berechnung den Nichtstillenden

zugezählt. Berücksichtigt man diesen Umstand, so ist natürlich die Differenz in der Stillfähigkeit der Früh- und Spätaufsteher noch eine geringere, der Vorteil auf seiten des Frühaufstehens ist also nicht allzugroß.

Ein weiterer, größerer Vorteil allerdings ist nicht zu verkennen, den das Frühaufstehen bietet, und der damit das Allgemeinbefinden bei den Wöchnerinnen hebt, das ist die geregelte Darmtätigkeit. Wir alle kennen es ja selber aus Erfahrung, wie sehr durch eine längere Bettruhe die Darmtätigkeit leidet. So sucht man ja auch schon lange auf eine geeignete, leicht zu handhabende Weise, diesem Übelstand abzuhelfen. Daß man durch das Frühaufstehen die Darmtätigkeit günstig beeinflussen kann, darüber sagt Kümmel in seiner Abhandlung über die „Abkürzung des Heilungsverlaufes Laparotomierter“ sehr bemerkenswert:

> „Ein wesentlicher Vorteil des frühen Aufstehens liegt in den Fehlen oder der baldigen Beseitigung der sonst so lästigen und oft quälenden Symtome der gestörten Darmtätigkeit. Wir wissen ja alle, wie sehr alle Laparotomierten mehr oder weniger unter diesen Beschwerden leiden, wie zahlreich und verschieden die Mittel sind, die zur Anregung der Darmperistaltik angegeben sind, wie trotz Abführmittel und Klysmata, trotz Eserin- und Strychnininjektionen ein quälender Meteorismus sich oft auch an die asepetisch verlaufenden Laparotomien anschließt und wie der Kranke sich oft nach Abgang von Flatus wesentlich erleichtert fühlt. Alle diese Unannehmlichkeiten werden durch ein frühzeitiges Aufstehen rasch gebessert oder treten überhaupt in der Regel garnicht in Scene. Die erste Stuhlentleerung erfolgt meist in den ersten Tagen spontan, da die fast ausnahmslos mit der Bettruhe verbundene Darmträgkeit und Obstipation wegfällt. Auch die

Anwendung des Katheters, welche bei einer Zahl von Laparotomierten nie ganz vermieden werden kann, fällt fast vollständig fort, wenn es dem Kranken gestattet ist, das Bett zu verlassen und die Urinentleerung in stehender Stellung vorzunehmen."

Was hier über das Frühaufstehen im Anschluß an Laparotomien gesagt ist, gilt natürlich auch für das Frühaufstehen im Allgemeinen.

Gewiß ist die geregelte Darm- und Blasentätigkeit ein nicht zu unterschätzender Vorteil. Wirkt doch einmal eine normale Darmtätigkeit auch wieder günstig auf die Psyche des Menschen, andererseits aber hebt sie das Allgemeinbefinden auch dadurch, daß sie das Nahrungsbedürfnis steigert und daß infolgedessen die Ernährung eine geregeltere und der Kraftzustand der betreffenden Patienten ein bedeutend besserer ist.

Liest man die bisherige Literatur über das Frühaufstehen der Wöchnerinnen genau durch, so ist eigentlich die leichte Darm- und Blasentätigkeit das Einzige, worin alle Fachgelehrten vollkommen übereinstimmen. Und wie ich ja bereits betonte, liegt natürlich in der letzteren ein großer Vorteil der neuen Methode gegenüber der Alten. Die Frauen werden durch eine geordnete Darmperistaltik gezwungen, ihre Bauchmuskeln zu gebrauchen — natürlich ein nicht zu unterschätzender Umstand — dem Zustandekommen schlaffer Bauchdecken und ihren zuweilen daraus resultierenden üblen Folgen wird dadurch allein schon nicht unwesentlich vorgebeugt. Auch sind durch das spontane Urinlassen die Wöchnerinnen fast gänzlich einer Gefahr enthoben, der sie bei Urinverhaltung leicht ausgesetzt sind und das ist die Cystitis. Der Katheter kommt fast gänzlich in Forfall.

So wies schon Koblank als Diskussionsredner in den Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe

und Gynäkologie zu Berlin am 13. Dezember 1907 darauf hin, daß durch das Frühaufstehen der Wöchnerinnen kein Katheter mehr erforderlich sei.

Unbedingt liegt in unseren 303 Fällen, was die geregelte Darmtätigkeit anlangt, ein Vorteil des Frühaufstehens gegenüber dem Längerliegenbleiben, vielleicht um es schon jetzt zu sagen, der einzige größere Vorteil, den nach unseren Erfahrungen und Beobachtungen das Frühaufstehen aufzuweisen hat.

291 Wöchnerinnen, also 96 % der Fälle, wiesen eine geregelte Darmtätigkeit auf. Es waren keinerlei künstliche Mittel zur Anregung der Darmperistaltik nötig. Immerhin mußte bei 12 Wöchnerinnen, also in 4 % der Fälle zu künstlichen Mitteln, wie Oel und Klystieren, gegriffen werden, um Stuhlgang zu erzielen.

Ein wesentliches anderes Bild zeigt in dieser Beziehung das Spätaufstehen. Man kann hier direkt von einer Umkehrung der Verhältnisse sprechen. Von den 303 spätaufgestandenen Wöchnerinnen waren 299, also 98 %, bei denen der gestörten Darmtätigkeit mit künstlichen Mitteln nachgeholfen werden mußte, nur in 5 Fällen, also in 1,6 %, war die Darmtätigkeit eine geordnete. Die Blasentätigkeit war in unseren Fällen bei dem Früh- als auch bei dem Spätaufstehen eine durchaus gute. Was also die Urinentleerung anlangt, so hat in unseren Fällen wenigstens das Frühaufstehen der bisherigen Methode nichts voraus, es ist also nur die Darmtätigkeit, die durch das Frühaufstehen eine günstige Beeinflussung erfährt.

Man sollte nun von vornherein annehmen, daß durch die bessere Darmentleerung auch das Allgemeinbefinden ein besseres sein müßte, aber dieses ist, wie wir bereits gesehen haben, bei unseren Wöchnerinnen durchaus nicht der Fall, eines wird eben den Körper durch das Frühaufstehen entzogen, eines, was ihm

unbedingt nötig ist, und das ist, wie ich schon betonte, die ihm nach getaner Arbeit zukommende Ruhe.

Ich komme nunmehr zu der wichtigsten Frage der ganzen Abhandlung.

Wie verhält sich das Frühaufstehen hinsichtlich der Thrombosen- und Emboliegefahr?

Ist das Frühaufstehen ein Prophylaktikum gegen Thrombosen und Embolien?

Von Küstner, Krönig und ihren Anhängern wurde gerade, was ich auch schon Eingangs erwähnte, als ganz besonderer Vorteil des Frühaufstehens gegenüber der bisherigen Wochenbettsbehandlung die Einschränkung oder sogar die vollkommene Beseitigung der Thrombosen hervorgehoben.

Bekanntlich ist ja die Frage der Thrombosenentstehung immer noch nicht ganz geklärt. Wir wissen wohl, daß im Anschluß an Infektionen gelegentlich Thrombosen auftreten können. Von vielen Seiten wird nun behauptet, daß es durchaus nicht immer eine Infektion sein muß, die zur Entstehung einer Thrombose führt, daß vielmehr in vielen Fällen und besonders bei den Puerperalthrombosen es rein mechanische Zufälle sein können, die zu Blutstauungen in den Venen Veranlassung geben und somit eine Thrombose heraufbeschwören können.

Über diese Frage ist schon viel gestritten, doch eine Einigung bisher nicht erzielt worden. Sind natürlich mechanische Ursachen bei der Entstehung der Thrombosen im Spiele, so ließe sich von vornherein durch das Frühaufstehen viel erwarten, denn durch letzteres würde die Stromverlangsamung in den Venen beseitigt und damit der Gefahr einer Thrombose sicher vorgebeugt.

Von diesen Gesichtspunkten aus stimmte v. Wild in Cassel auf der VIII. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie Küstner darin bei, daß Thrombosen

häufiger seien in besseren Kreisen als im Proletariat. Man solle daher Wöchnerinnen nicht zu lange liegen lassen.

Krönig selbst erblickt den Ausgangspunkt der Thrombosen nicht in der Vena sephena, in der gerade bei Horizontallage die Zirkulationsstörungen größer seien, als bei rechtzeitiger Bewegung. Er sah unter 417 Fällen an Thrombosen bei seinen früh aufgestandenen Wöchnerinnen null Fälle gegen 3,4 % bei seinen spät Aufgestandenen. Martin hatte ebenfalls keinen Fall an Thrombosen bei seinen Frühaufstehern zu verzeichnen. Auch Opitz berichtet über seine günstigen Erfahrungen hinsichtlich der Beeinflußung der Thrombosen- und Emboliegefahr durch das Frühaufstehen. Er beobachtete in 1,5 % der Fälle Thrombosen, von Embolien sah er nichts. Opitz hält aus anatomischen Gründen die Gefahr der Embolie von der Placentarstelle aus für gering. In Becken- und Schenkelvenen entstünden Thrombosen im Allgemeinen nur durch frühzeitige Stromverlangsamung. Dieser werde durch frühzeitige Bewegung wirksam entgegengearbeitet.

Wie dem aber auch sei, von einer Beseitigung der Thrombosen durch das Frühaufstehen im Sinne Krönigs und seiner Anhänger kann jedenfalls nicht die Rede sein, dafür sprechen ja auch schon die eben erwähnten 1,5 % Thrombosen, die Opitz beobachtete.

So berichtet auch Müllerheim 2 Fälle von tötlicher Embolie:

I. 28jährige I. Para stand 40 Stunden post partum auf.

II. IV. Para mit großen Varicen und Phlebitis in der linken Saphena, stand am 4. Tage auf.

Ferner sah Prieska unter 1000 früh aufgestandenen Wöchnerinnen eine Embolie, also 0,1 %, dagegen unter 1000 spät Aufgestandenen 3 Embolien, mithin 0,3 %.

Gewiß sprechen diese letzten Zahlen ja zu Gunsten des Frühaufstehens, doch berechtigt der größere Prozentsatz an Embolien unter den 1000 Spätaufgestandenen, der vielleicht durch Zufall herbeigefürt sein kann, noch nicht zu der Annahme, daß durch das Frühaufstehen mit seiner größeren Bewegungsfreiheit die Gefahr der Thrombosen und Embolien durchaus herabgesetzt werden müßte. Dagegen sprechen ja auch die Erfahrungen, die andere Kliniken in dieser Beziehung gemacht haben. So sah v. Herff nichts von einer Abnahme der Thrombosen unter seinen Wöchnerinnen, die er zwar im Bett hielt, denen er aber eine größere Bewegungsfreiheit durch Aufsitzen gestattete. Ferner äußert Hofmeier, der sich der ganzen Frage des Frühaufstehens gegenüber skeptisch verhält und der unter 10000 Wöchnerinnen, die nicht aufstanden, 12 Fälle von Thrombose, darunter 9 mit heftigem Fieber, 3 mit geringem Fieber sah, in seiner Arbeit: „Über die Häufigkeit der Thrombose nach gynäkologischen Operationen und im Wochenbett“ folgendes:

> „Wir können, denke ich, ruhig abwarten, ob die Zahl der auf einer Zirkulationsstörung beruhenden Thrombosen im Wochenbett sich durch das grundsätzliche Frühaufstehen der Wöchnerinnen nennenswert verringern wird.“

Eine besondere Stellung zu dieser Frage nimmt Fromme ein. Er macht darauf aufmerksam, daß auseinanderzuhalten sei, ob die Thrombose mechanisch oder infektiös sei. Im ersteren Falle sei vielleicht vom Frühaufstehen etwas zu erwarten. Fromme ist jedoch der Ansicht, daß die meisten Thrombosen infektiöser Natur seien und rät daher in Bezug auf das Frühaufstehen zu größter Vorsicht. Unter seinen 172 frühaufgestandenen Wöchnerinnen verlor dieser Autor einen Fall an Thrombose mit nachfolgender tötlicher Embolie also 0,58% der Fälle. Es handelte sich in diesem

Fall um eine 19 Jahr alte I Para, die 10 mal jedoch mit Gummihandschuhen vor dem Blasensprunge untersucht wurde. Dieselbe bekam vom 3. Tage an unregelmäßige Fieberschwankungen und stirbt am 11. Tage plötzlich an Embolie nach kurzem Aufrichten.

Die Autopsie ergab: Thrombose der linken Spermatika, Renalis sowie der Venen des linken Parametrium. Die Placentarstelle war normal. In dem erweichten Thrombus fanden sich Streptokokken. Hier war also ganz sicher eine Infektion die Ursache der Embolie.

Ebenso wie Fromme hält auch Fehling es für ausgeschlossen, daß längeres Liegen zu Stauungs- oder marantischen Thromben führen kann. Eine Begründung hierfür gibt Fehling allerdings nicht an. Unter 7000 Geburten der letzten 7 Jahre beobachtete er 38 Thrombosen, mithin 0,54%. Davon 26 der Vena saphena.

Holzapfel, der bei 170 Wöchnerinnen keinen Fall von Thrombose und Embolie zu verzeichnen hatte, ist der Ansicht, daß bei der Seltenheit der Thrombosen an und für sich das Fehlen derselben auch einem Zufall zugeschrieben werden könnte. Er hält selbst im Falle der Möglichkeit einer mechanischen Thrombose das Frühaufstehen für durchaus nicht notwendig, denn die Stromverlangsamung des Blutes, die zur Entstehung von Thromben im Wochenbett führen könne, sei ebenfalls durch Muskelbewegung in hinreichender Weise zu beeinflußen.

Einen anderen Standpunkt in dieser ganzen Frage, dem man sich unbedingt anschließen kann, vertritt Bokelmann, der bei den Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin in Bezug auf die Vor- und Nachteile des Frühaufstehens erklärte, daß die Zeit der klinischen Beobachtungen zu kurz sei, um Vor- und Nachteile genau abzuwägen, zumal Embolie und Thrombose erst in der 2. und 3. Woche auftreten.

Aus alledem können wird doch schon ohne Weiteres ersehen, daß eine Einigung in dieser Frage durchaus noch nicht erzielt ist, ein Umstand, der darauf schließen läßt, daß der günstige Einfluß, den man dem Frühaufstehen auf die Einschränkung oder Beseitigung der Thrombosen und Embolien zuschreibt, doch nicht so in die Augen springend ist.

Auch wir konnten von diesem günstigen Einfluß nichts bemerken, wir konnten vielmehr feststellen, daß in unseren Fällen sich die neue und alte Methode vollkommen gleich gegenüber standen.

An Embolien hatten wir weder bei unseren Frühnoch Spätaufstehern etwas aufzuweisen. Unter unseren 303 früh aufgestandenen Wöchnerinnen hatten wir 1 Thrombose, bei unseren 303 spät Aufgestandenen ebenfalls 1 Thrombose, mithin beiderseits 0,33 Prozent. In dem ersteren Falle handelte es sich um eine 36 Jahr alte III. Para. Die Anannese ergab 2 spontane Geburten und normale Wochenbetten. Die Kinder leben. Die jetzt in Frage stehende Geburt verlief normal. Das Kind wurde in erster Schädellage geboren. Die Placenta war vollständig.

Die Wöchnerin stand am 4. Tage post partum auf. Temperatur und Puls hielten sich an den Tagen vor dem Aufstehen in normalen Grenzen. Am 7. Tage nach der Geburt beginnt die rechte Schamlippe der Wöchnerin, besonders in ihrem oberen Teile, stark anzuschwellen. Zugleich steigt die Temperatur auf 38,5°.

Die Wöchnerin nimmt von diesem Tage an wieder Bettruhe ein. Es werden Umschläge mit essigsaurer Tonerde gemacht und 2 kleine Ulcera, die hinter der Labie vorn in der Scheide liegen, mit Tincktura jodi geätzt. Trotzdem erfolgt kein Temperaturabfall. Daher wird die Wöchnerin auf die septische Baracke verlegt. Es handelt sich um eine Thrombophebitis puerperalis

der Vena saphena magna dextra. Die Schwellung und Rötung der rechten Labie haben noch zugenommen. Am 17. Tage fällt die Temperatur wieder ab und bleibt von da an bis zur Entlassung der Wöchnerin normal.

In dem Falle, der eine von den spätaufgestandenen Wöchnerinnen betraf, handelte es sich ebenfalls um eine Thrombose der Vena saphena magna dextra.

Wir können uns somit nicht der Ansicht anschließen, daß durch längeres Liegen der Wöchnerinnen der Thrombosengefahr Vorschub geleistet wird. Gewiß sehen wir an unseren Fällen, daß die Gefahr der Thrombosen durch das Frühaufstehen auch nicht gesteigert wird, wir sehen aber in dieser Beziehung auch keinen Vorteil der neuen Methode gegenüber der alten. Wäre wirklich die Möglichkeit einer mechanischen Blutstauung vorhanden, so müßte auch bei unseren spät Aufgestandenen die Zahl der Thrombosen größer sein als bei den früh Aufgestandenen. Das ist aber nicht der Fall. Wir sehen deshalb auch keinen Grund, die bisherige Wochenbettsbehandlung durch das Frühaufstehen zu ersetzen, da letzteres uns keinerlei Vorteile hinsichtlich einer günstigen Beeinflußung der Thrombosengefahr vor dem Spätaufstehen bot, vielmehr stehen sich in dieser Beziehung beide Arten von Wochenbettsbehandlung vollkommen gleich gegenüber.

Ein weiterer Vorteil des Frühaufstehens, der von Krönig und seinen Anhängern besonders betont wurde, sollte in der besseren Involution der Genitalien liegen.

Ich erwähnte bereits, daß Ed. Martin bei seinen frühaufgestandenen Wöchnerinnen den Uterus am 7. Tage stets anteflektiert, etwa kleinfaustgroß, vorfand.

Von günstigen Erfahrungen inbezug auf die Involution der Genitalien berichten noch v. Alvensleben,

der eine beschleunigte Involution beobachtet haben will, und Opitz.

Wir konnten uns nicht davon überzeugen, daß die Involution durch das Frühaufstehen nennenswert beeinflußt wird.

Wir sahen keine Nachteile, wir sahen aber auch keinerlei Vorteile. Auch hierin standen sich also beide Methoden gleich gegenüber, sowohl beim Früh- als auch beim Spätaufstehen ging die Involution der Genitalien in normaler Weise von statten.

Koblank dagegen berichtet von häufigem Auftreten relativ geringer Blutungen.

Ferner beobachtete Mayer in der Marburger Klinik, daß unter 300 Fällen bei der Entlassung die Lochien in 39 Fällen blutig tingiert waren. Von einer beschleunigten Rückbildung der Genitalien weiß auch Hüffell aus der Erlanger Klinik nichts zu berichten und Prieska berichtet sogar aus der Prager Klinik, daß die Involution eher verlangsamt war.

Also auch hier lauten die gemachten Beobachtungen widersprechend, ein Beweis dafür, daß das Frühaufstehen, was den Einfluß auf die Involution der Genitalien anlangt, auch nichts Zuverlässigeres und Besseres leistet als unsere bisherige Behandlung im Wochenbett.

In engem Zusammenhang mit dieser Frage steht die der Retroflexionen und Prolapse. Sind wir in der Lage, der Entstehung dieser Anomalitäten durch das Frühaufstehen vorzubeugen?

Krönig rühmte dem frühen Verlassen des Bettes von Seiten der Wöchnerinnen nach, daß Retroflextionen und Prolapse stark vermindert oder sogar völlig beseitigt würden. Er war der Ansicht, daß bezüglich der Verlagerungen und Senkungen von Scheide und Uterus im Sinne von Halban-Tandler nur die Erschlaffung des Beckenbodens als Entstehungsursache anzusehen sei.

Dieser Erschlaffung werde durch Frühaufstehen und gymnastische Übungen vorgebeugt.

Ziegenspeck hält den Versuch, durch Frühaufstehen der Retroflexionsbildung vorzubeugen, wegen des Zustandekommens einer verschärften Anteflexion bei frühzeitig aufrechter Haltung für beachtenswert, wenngleich er sich wundert, „daß noch kein plötzlicher Todesfall an Hirnanaemie? oder Embolie berichtet worden ist.“ Ihm wären aus der Landpraxis 2 Fälle von plötzlichen Tod durch Aufstehen unmittelbar post partum zur Kenntnis gekommen.

Der Hauptgrund der Retroflexio uteri puerperalis sei seiner Ansicht nach die Harnretention.

Inzwischen sind ja bereits mehrere Todesfälle an Embolie, deren Erwähnung bereits geschehen ist, mitgeteilt worden.

Martin schließt sich Küstner und Krönig an und hält es ebenso wie diese für ausgeschlossen, daß durch Frühaufstehnen Retroflexionen und Prolapsbildung begünstigt würden. Auch Holzapfel erkennt an, daß durch aufrechte Körperhaltung die Anteversionstellung des Uterus günstig beeinflußt wird.

Brutzer hatte unter seinen Wöchnerinnen 0,95 % Retroflexionen, in 2,86 % der Fälle handelte es sich um Retropositio. v. Alvensleben andererseits sah nichts von Retroflexionen und Prolapsbildung. Er beobachtete vielmehr eine starke Anteversio in 84 % der Fälle. Als Grund hierfür betonte dieser Autor in sehr einleuchtender Weise die günstig bei aufrechter Körperhaltung veränderten statischen Momente. Diese Anteversio hinwiederum führe zur Straffung der Scheidenwände, sodaß Letztere sich dem beim Partus verlassenen Bindegewebe wieder enger anfügen könnten. Eine weitere Folge dieser starken Anteversio sei der flache Verlauf der Scheide, ein Schutz gegen Prolapsbildung.

Günstig beurteilt wird in dieser Hinsicht das Frühaufstehen auch von Opitz. Von 200 früh aufgestandenen Wöchnerinnen hatten bei der Entlassung 11 eine Retroflexio, hingegen von 35 später Aufgestandenen 4, i. e. 5,5 % gegen 11,4 %.

Mayer sah in 4 % der Fälle Retroflexionen. Sehr interessant in der ganzen Frage der Beeinflussung der Retroflexionen und Prolapse durch das Frühaufstehen sind die Ausführungen von Müllerheim. In seiner „Wöchnerinnen-Unterkunft" zu Berlin hat derselbe Fälle aus der Martin'schen Versuchsreihe, die als gesund entlassen waren, gesehen mit Blutungen, Entzündungen, Retroflexionen und Senkungen. Er hält danach genau wie Bokelmann die Zeitdauer der Beobachtung in einer Klinik für nicht ausreichend, um gültige Schlüsse daraus zu ziehen.

Einen ablehnenden Standpunkt in dieser Beziehung nimmt Fehling ein. Nach ihm sind gerade Nachteile des Frühaufstehens Senkungen und Vorfälle, außerdem Vermehrung der Blutung, ungenügende Involution, ungünstige Wirkung auf die Milchsekretion und Diastase der Rekti. Auch Hüffell sah in der Erlanger Klinik unter 150 früh aufgestandenen Wöchnerinnen 3 mal eine Retroflexion auftreten, also in 2 % der Fälle. Hüffells Äußerungen über diesen Punkt sind insofern von Wichtigkeit und ganz besonderem Interesse, als er der einzige von allen ist, der Nachuntersuchungen angestellt hat. Bei diesen Nachuntersuchungenfand er bei 46 Frauen in 11 Fällen eine Retroflexio, darunter 3 mit Beschwerden.

Sind diese letzten Angaben bereits ein Beweis dafür, daß wir in dem Frühaufstehen kein Mittel besitzen, um dem Auftreten von Retroflexionen genügend und sicher vorzubeugen, so finden wir weiter eine Bestätigung in den Erfahrungen und Beobachtungen die wir mit unseren Wöchnerinnen in dieser Hinsicht gemacht haben. In unseren Fällen steht das Früh-

aufstehen unserer bisherigen Wochenbettsbehandlung weit ungünstiger gegenüber. Wir hatten unter den 303 Frühaufstehern bei ihrer Entlassung in 3 Fällen eine Retroflexio uteri zu verzeichnen, 0,99 % zeigten also diese Verlagerung. Unter den spät aufgestandenen Wöchnerinnen war kein einziger Fall von Retroflexio vorhanden. Mag nun auch das Fehlen dieser Retroflexio im letzteren Falle einem günstigen Zufall zuzuschreiben sein und mag auch, wie Scherer schreibt, „die Rückbildung der Gebärmutter, des Diaphragma pelvis, der Genitalmuskeln infolge der Bewegung tatsächlich besser von Statten gehen als beim Liegenlassen“, so können wir dennoch nicht umhin, das Frühaufstehen als Vorbeugungsmittel gegen Retroflexionen abzulehnen.

Was das Auftreten von Prolapsen anlangt, so sahen wir weder vom Früh- noch vom Spätaufstehen etwas Ungünstiges. Bei beiden Behandlungsarten kamen Prolapse unter unseren Fällen nicht vor.

Fassen wir nunmehr noch einmal unsere Ausführungen kurz zusammen und fragen uns dabei, sollen wir unsere bisherige Wochenbettsbehandlung durch das Frühaufstehen ersetzen, so können wir auf Grund unserer Erfahrungen und Beobachtungen ohne weiteres mit „nein“ antworten. Wenn auch das Frühaufstehen für das Wohl der uns anvertrauten Wöchnerinnen keine sichtlichen Nachteile in sich birgt und wenn das Frühaufstehen vielleicht auch imstande ist, einen günstigen Einfluß auf die Psyche unserer Schutzbefohlenen auszuüben, so sind doch in Wahrheit die Vorteile dieser neuen Methode zu gering, um ein bisher bewährtes Verfahren aufzugeben.

Der einzige Vorteil, den wir bemerkten, war, abgesehen von einer ganz geringen besseren Stillfähigkeit der Wöchnerinnen, einzig und allein nur die bessere und geregeltere Funktion des Darmes. Wir sahen nichts von einem besseren Allgemeinbefinden der Früh-

auftseher, im Gegenteil zeigte sich dasselbe in unseren Fällen bei den spät Aufgestandenen günstiger. Ebenso war bei den Letzteren die Morbidität günstiger gestellt.

Wir sahen ferner in dem Frühaufstehen kein Vorbeugungsmittel gegen das Auftreten von Thrombosen und Retroflexionen. Ganz gleich verhielten sich die Involutionen der Genitalien, die Blasentätigkeit und gleiche Resultate hatten beide Methoden aufzuweisen hinsichtlich der Prolapsgefahr.

Die Vorteile des Frühaufstehens sind also äußerst gering und werden ihrerseits aufgewogen durch die Vorteile, die die bisherige Wochenbettsbehandlung bietet. Ich will jetzt ganz von dem günstigeren Prozentsatz in der Morbidität der Spätaufgestandenen schweigen, eins hat die alte Behandlungsart der neuen unbedingt voraus, und das ist die Ruhe, die sie dem erschöpften Körper gewährt.

So kommt denn auch das Frühaufstehen für die Privatpraxis gar nicht in Betracht, denn nur in der Klinik sind wir in der Lage, der früh anfgestandenen Wöchnerin die ihr zukommende genaue ärztliche Kontrolle angedeihen zu lassen.

Unter der arbeitenden Bevölkerung ist dieses aber nicht durchzuführen, hier werden Aufstehen und Arbeiten, wie ich in der Abhandlung bereits erwähnte, mit einander verwechselt und dadurch dem Körper die Wohltat der Ruhe entzogen.

Dieses natürliche Bedürfnis nach Ruhe dürfen wir nicht aufheben, indem wir das Frühaufstehen erzwingen. Auch wissen wir nie, wie Scherer sich äußert, was der 3. Tag des Wochenbettes bringen kann, wir haben keine Gewähr dafür, ob nicht eine gonorrhoische Peritonitis auszubrechen droht, die sich in der Mehrzahl der Fälle erst in der 2. Woche oder auch später einzustellen pflegt.

Und wenn wir auch selbst keine großen Nachteile durch das Frühaufstehen bemerkt haben, so können wir uns, glaube ich, ohne weiteres der Ansicht von Mayer anschließen, der zweierlei schädliche Folgen des Frühaufstehens für möglich hält:

I. Lochiometra durch die Abknickung des Uterus infolge der steilen Anteflexio der Frühaufsteherinnen.

II. Eindringen von Keimen in die kleinen, noch nicht völlig geschlossenen Rißwunden, die sich vielleicht durch Bewegungen wieder öffnen können.

Nach alledem halten wir es für notwendig, an der bisherigen Wochenbettsbehandlung festzuhalten, nur so sind wir im Stande, unseren Wöchnerinnen die Schonung, Pflege und Ruhe angedeihen zu lassen, deren sie nach nach einer solch schweren Arbeit, wie die der Geburt, unbedingt bedürfen.

Wenn wir aber die neue Behandlungsart anwenden, so lassen wir solche Wöchnerinnen früh aufstehen, welche, bei Fehlen jeder Komplikation des Wochenbettsverlaufes, selbst die Lust und den Wunsch haben, das Bett bald nach der Geburt zu verlassen.

Es sei mir zuletzt noch gestattet, eine vergleichende tabellarische Übersicht über die neue und die alte Behandlungsart zu geben.

	303 Frühaufsteher		303 Spätaufsteher	
Morbidität	Temperatursteigerungen 47 = 15,4 %		Temperatursteigerungen 37 = 12,17 %	
Allgemeinbefinden	Störungen im Allgemeinbefind. 70 Wöchnerinnen = 23,7 %	Stillfähigkeit vorhanden bei 249 Wöchnerinnen = 82 %	Störungen im Allgemeinbefind. 43 Wöchner. = 14,5 %	Stillfähigkeit vorhanden bei 223 Wöchnerinnen = 73,3 %
Involution.	Nicht rascher als beim Liegenbleiben.		ebensogut und schnell als beim Frühaufstehen.	
Darm- und Blasentätigkeit	spontane Darmentlerung bei 291 Wöchnerinnen = 96 %. Erschwerte Darmentleerung bei 12 Wöchner. = 3,9 %	Blasentätigkeit nicht besser als beim Liegenlassen, nicht gestört.	spontane Darmentleerung bei 5 Wöchnerinnen = 1,6 %. Erschwerte Darmentleerung bei 298 Wöchner. = 98 %	Blasentätigkeit nicht gestört.
Thrombose und Embolie	Keine Embolie, 1 Thrombose = 0,33 %		Keine Embolie, 1 Thrombose = 0,33 %	
Retroflexionen.	3 Retroflexionen = 0,99 %		0 Fälle	
Prolapse.	0 Fälle		0 Fälle	

Zum Schluß ist es mir noch eine ganz besonders angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. med. Jung für die Überlassung der Geburtsjournale und des Themas, sowie für die Unterstützung bei der Abfassung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Ploss, das Weib in der Natur und Völkerkunde.
2. Winkel, Handbuch der Geburtshilfe, II. Band I. Teil.
3. Bumm, Lehrbuch der Geburtshilfe.
4. Lehmann, Ueber das sogenannte Frühaufstehen der Wöchnerinnen. Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden. Münchener med. Wochenschrift 1910 Nr. 10.
5. Scherer, Ueber das Frühaufstehen der Wöchnerinnen. Allgemeine med. Zentralzeitung 1911 Nr. 22.
6. Küstner, VIII. Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie „Ist einer gesunden Wöchnerin eine protrahierte Bettruhe dienlich"? Zentralblatt für Gynäkologie 1899 Nr. 23.
7. Brutzer, Wilhelm, Ein Beitrag zur Wochenbettsdiätetik. Zeitschrift für Geburtshilfe Band 37.
8. Krönig, Uebung und Schonung in der Geburtshilfe und Gynäkologie, Deutsche med. Wochenschrift, 1907 Seite 1528.
9. Martin, Ed. Zur Bettruhe im Wochenbett, Monatsschrift für Geb. und Gyn. 1907 Band 27.
10. Verhandlungen der Gesellschaft für Geb. und Gyn. zu Berlin 13. 12. 1907, Zeitschrift für Geburtshilfe Band 62.
11. v. Alvensleben, Das Aufstehen der Wöchnerinnen in den ersten Tagen des Wochenbettes, Zentralblatt für Gyn. 1908 Nr. 36.
12. Ziegenspeck, Zur Ätiologie der Retroflexio uteri puerperalis, Zentralblatt für Gyn. 1908 S. 765.
13. Opitz, Erfahrungen mit moderner Wochenpflege, med. Klinik 1909 Heft 1.
14. Mayer, Zum Frühaufstehen der Wöchnerinnen, Münchener med. Wochenschrift 1908 S. 273.
15. Holzapfel, Über die Behandlung der Bauchdecken im Wochenbett und über das Frühaufstehen, Münchener med. Wochenschrift 1909 Nr. 20.
16. Müllerheim, Ueber das Frühaufstehen der Wöchnerinnen, Berliner klin. Wochenschrift 1909 Nr. 45.
17. Rosenfeld, Ueber das Frühaufstehen im Wochenbette. Gyn. Rundschau 1908 Heft 11.

18. Fromme, Thrombose und Frühaufstehen im Wochenbett, Zentralblatt für Gyn. 1909 Nr. 1.
19. Fromme, Ueber das Frühaufstehen von Wöchnerinnen und Laparotomierten, Berliner Klinik 1910 Heft 262.
20. Hofmeier, Ueber die Häufigkeit der Thrombose nach Gyn-Operationen und im Wochenbett, Zentralblatt für Gyn. 1909 S. 21.
21. Fehling, Frühaufstehen im Wochenbett, Straßburger med Zeitung 1909 Heft 1.
22. Hüffell, Zum Frühaufstehen der Wöchnerinnen, Zentralblatt. für Gyn. 1909 S. 764.
23. Prieska, Frühaufstehen der Wöchnerinnen, Monatschrift für Geburtshilfe 1911 S 331.

Lebenslauf.

Ich, Fritz Schlesinger, wurde am 12. Oktober 1885 zu Bleicherode a. Harz geboren. Ich besuchte zunächst 3 Jahre lang die Volksschule und wurde dann in die Sexta der der Volksschule angeschlossenen wissenschaftlichen Schule aufgenommen. Im Jahre 1898 trat ich dann in die Untertertia des Königlichen Gymnasiums zu Nordhausen ein, und verließ Ostern 1906 diese Anstalt mit dem Zeugnis der Reife.

Nunmehr bezog ich die Universität zu München und siedelte im Sommer-Semester 1907 an die Universität zu Göttingen über, wo ich am 18. Juli 1908 meine ärztliche Vorprüfung bestand. Im Winter-Semester 1908 studierte ich in Berlin, wo ich gleichzeitig der ersten Hälfte meiner Militärzeit genügte. Das Sommer-Semester 1909 verblieb ich ebenfalls in Berlin. Ich kehrte dann wieder nach Göttingen zurück, wo ich am 28. Mai 1911 mein ärztliches Staatsexamen bestand.